Lane Medical Library

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg.
(Vorstand: Professor Dr. Schwarzacher.)

Tödliche Stichverletzungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Walter Becker
Fulda.

Tag der mündlichen Prüfung: 5. Juni 1935.

Buchdruckerei Michael Krahl, Erlangen-Bruck
1936

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Referent: Professor Dr. med. Schwarzacher.

Dekan: Professor Dr. med. Schneider.

1936.

Tödliche Stichverletzungen.

Bekanntlich spielen bei den gewaltsamen Todesarten die tödlichen Stichverletzungen, neben den Verletzungen durch stumpfe Gewalt, Schuß, Hieb und Schnitt, eine sehr große Rolle. So konnte Haberda in seinem Lehrbuch der ger. Medizin 315 Fälle tödlicher Stichverletzungen anführen, die im Laufe von 25 Jahren in Wien seziert wurden. Auf die einzelnen Instrumente verteilt, ergab sich folgendes Bild: 274 durch gewöhnliche Taschenmesser, 14 durch Küchenmesser, 6 durch Bajonette, Dolche und Sturmmesser, je 1 durch Schusterkneip, Holzraspel, Heugabel, Säbel, Hutnadel und Sense.

Unter den eigentlichen Stichwerkzeugen versteht man meist solche mit konischer Spitze, aber ohne Schneide. Hierher würde man also alle Gabeln, Nadeln, Florette etc. rechnen. Solche mit einer scharfen Schneide können neben den Stich- auch noch Schnittwunden setzen.

Eine Hautwunde, sie mag mit den verschiedensten Instrumenten beigebracht worden sein, hat äußerlich immer die gleiche Form. Selbst bei einem konischen Werkzeug entsteht die längliche, schlitzförmige, glattrandige Wunde. Bei kantigen Werkzeugen kommt es darauf an, ob die Kanten stumpf oder scharf sind. In letzterem Falle würde eine strahlenförmige Wunde mit soviel Strahlen, als das Instrument Kanten hat, entstehen.

Betreffs der Beurteilung, mit welchem Instrument die Verletzung beigebracht worden ist, muß man also sehr vorsichtig sein. An den Hautwunden läßt sich manchmal erkennen, wo die Schneide und wo der Rücken des Messers gesessen hat. Hat dieses z. B. einen breiten Rücken gehabt, so kann der entsprechende Wundwinkel eine geringe Abrundung zeigen. Andererseits kann bei besonders scharfen Messern der eine Wundwinkel beim He-

rausziehen noch weiter eingeschnitten werden. Es entsteht die sogen. Stichschnittwunde. Bei schräg zur Oberfläche des Körpers geführtem Stich kann der eine Wundrand eine Abschrägung und der andere eine Unterminierung aufweisen. Dies läßt einen Rückschluß zu für die Richtung, aus der der Stich beigebracht wurde.

Die Stichverletzungen der tieferen Körperschichten und Organe lassen entsprechend der verschiedenen Spaltbarkeitsrichtung der einzelnen Gewebsschichten, durch einen und denselben Stich, Schlitzwunden entstehen, die sich nicht miteinander decken, sondern in verschiedenen Winkeln kreuzen.

Stichwerkzeuge können dünne, platte Knochen ganz durchdringen, brechen aber dabei leicht ab, besonders wenn der Stoß nicht in einer Richtung und Bewegung geführt oder das Werkzeug zurückzuziehen versucht wird (Bayerl). An platten Knochen läßt sich die Form des stechenden Werkzeuges meist deutlich erkennen.

Nun sollen die am hiesigen Institut zur Obduktion gekommenen Fälle tödlicher Stichverletzungen zur Darstellung gebracht werden. Sie erstrecken sich auf die Jahre 1929 bis 1934. Vorbemerkung: In jedem der folgenden Fälle wird das Akten- und Obduktionsergebnis, die gerichtsärztliche Begutachtung und ein Auszug aus dem Strafregister gekürzt wiedergegeben.

Stichverletzungen im Bereiche des Gesichts- und Hirnschädels.

Fall 1.

Der 17 Jahre alte Metzgerlehrling P. H. hat in seiner elterlichen Wirtschaft, mittels einer Mistgabel, den Maurer K. W., der in angetrunkenem Zustand mit mehreren Burschen in die Wirtschaft eindrang, oberhalb des linken Auges verletzt, an deren Folgen K. nach einigen Tagen verstarb.

Am linken oberen Augenlid eine kaum merkliche narbige Verdickung. Am rechten Nasenflügel und der rechten Unterkieferseite kleine vertrocknete Borken, ver-

mutlich Spuren von 2 anderen Zinken der Mistgabel. Am Hirngrunde der Schädelhöhle grüngelbe rahmige Eitermassen. Am Grunde des linken Stirnlappens zerfallendes grüngelbliches Gewebe, das sich pilzartig durch ein linsengroßes Loch der Dura fortsetzt. Am linken Augenhöhlendach eine längsovale Oeffnung. Linker Augenapfel und Sehnerv ohne Verletzung.

Stichverletzung des linken Auges. Das Werkzeug war ohne Verletzung des Augapfels durch das knöcherne Augenhöhlendach in das Gehirn eingedrungen. Eitrige Hirnhaut- und Gehirnentzündung waren die Folgen.

Wegen fahrlässiger Tötung 3 Monate Gefängnis.

Fall 2.

Im Anschluß einer Kirchweihfeier kam es vor der Wirtschaft des Dorfes zu Streitigkeiten in deren Verlauf der Metzger O. M. dem Sattler W. P. mit seinem Taschenmesser einen Stich gegen den Schädel versetzte. W. P. hielt die Verletzung nicht für ernst; er starb am 9. Krankheitstage.

Männliche Leiche 159 cm groß. Im Bereiche der Schläfengegend eine hufeisenförmige Operationsschnittwunde. Die harte Hirnhaut in dieser Umgebung mit schmierigem Eiter bedeckt. Linke und rechte Stirnhalbkugel flächenhaft mit Eiter bedeckt. Etwas hinter der rechten hinteren Zentralwindung eine bohnengroße stark erweichte Stelle. Wahrscheinlich primäre Verletzung.

Trepanation der rechten Schläfengegend. Hirnhautentzündung und Erweichung im Bereiche des rechten Scheitellappens. Außerdem frische sekundäre eitrige Prozesse in Lungen. Das trepanierte Knochenstück zeigte eine schmalkantige Durchtrennung, die durch das stechende Werkzeug gesetzt worden ist. Der Stich muß annähernd wagrecht geführt worden sein.

O. M. hat in Notwehr gehandelt. Freispruch!

Stichverletzungen im Bereiche des Halses:

Fall 3.

Der Matrose F. P. wurde bei einem von ihm ausgeführten Kellereinbruch von dem Hausburschen O. J. überrascht. Der Täter P. brachte dem J. mittels eines langen Schraubenziehers schwere Stiche bei, sodaß J. blutüberströmt sich gerade noch bis in den Hof schleppen konnte. Er starb am nächstfolgenden Abend.

Männliche Leiche 172 cm groß. Neben einer Reihe oberfl. Stichverletzungen rechterseits, Auge, Wange, Oberarm, Handbeuge, zwei Stichverletzungen an der rechten Halsseite, von denen die eine in die Tiefe geht, die andere oberflächlich ist. Die innere Halsschlagader knapp oberhalb der Teilung der Haupthalsschlagader durchrissen. Die Rachenwand und die Schleimhaut des Rachens weisen in der Höhe des Zungenbeinhorns eine Durchstechung auf.

Es liegen ingesamt 7 Stichverletzungen vor. Die eine tiefe Halsverletzung hat durch Eröffnung einer Halsschlagader den Tod durch Verbluten bewirkt. Der Täter war Linkshänder. Das Werkzeug wurde 6 mal gegen die rechte Körperseite in schief absteigender Richtung gestoßen.

Wegen qualif. Totschlags 10 Jahre Zuchthaus.

Fall 4.

Der Reisende T. H. ist mit seinem Auto eine Böschung infolge Nebels hinabgestürzt und hat sich dabei eine erhebliche Stichverletzung am Halse zugezogen, an deren Folgen er nach 6 Tagen verstarb.

Männliche Leiche 177 cm groß. An der rechten Oberhalsgegend, wenig unterhalb des Kieferwinkels, eine schlitzförmige Wunde, die sich in die Tiefe fortsetzt. Die Schlagadern, Blutgefäße und Nervenstämme dieser Gegend unverletzt. Die Bandscheibe zwischen 2. u. 3. Halswirbel zeigt eine runde Oeffnung. Eine ebensolche an entsprechender Stelle der Rückenmarkshäute. Die Hirnhäute gerötet. Im Bereiche der Hirnfurchen gelblich-rahmiger Eiter, besonders stark am Hirngrund.

Eine Stichverletzung nahezu horizontal neben dem Kehlkopf verlaufend, dringt in die Halswirbelsäule und den Rückenmarkskanal ein. Die Verletzung hat eine aufsteigende Hirnhautentzündung verursacht. Der Verunglückte muß beim Hinabfallen über die Böschung mit dem Halse auf Glasscherben, einen spitzen Eisenteil oder vom Boden aufragenden Holzteil aufgeschlagen sein.

Fall 5.

Der Maurer F. Sch. unter der Wirkung des Alkohols von der vergangenen Nacht stehend, hat morgens in aller Frühe einen 57 Jahre alten Möbelhändler nach kurzem Wortstreit mit seinem Taschenmesser erstochen. Der Tod trat sofort ein.

Männliche Leiche 168 cm groß. Zwei unerhebliche Stichverletzungen am linken Arm und eine solche am Rücken. Ferner eine Verletzung links neben dem Kehlkopf, die sich in die Tiefe fortsetzt, den Kehldeckel oberhalb der Stimmbänder durchsticht, dabei die Speiseröhre verletzt und rechts neben dem Kehlkopf in der Muskulatur endet. Links unterhalb des Schlüsselbeins eine Verletzungsstelle mit Durchtrennung der Schlüsselbeinblutader. Die Lungen groß, voluminös, auf dem Schnitt stark blutha1tig.

Die tiefe Verletzung des Halses mit Durchbohrung der Speiseröhre und des Kehlkopfes hat zur starken Ansaugung von Blut in die Lungen geführt. Die Eröffnung der großen linken Schlüsselbeinblutader ist für die Schnelligkeit des Todes infolge Verblutens verantwortlich zu machen.

Der Täter hat sich der Strafe durch Erhängen im Gefängnis entzogen.

Fall 6.

Im Anschluß an einen Wortstreit erhielt der Arbeiter F. S. von seinem Gegner, dem Arbeiter J. F., mit einem Taschenmesser einen Stich in die linke Oberhalsgegend. F. S. blutete stark, wurde in ein Krankenhaus verbracht und starb am 5. Krankheitstage.

Männliche Leiche 156 cm lang. Entlang des linken Kopfnickers die operativ verlängerte Stichwunde. Von hier ausgehend ein schräg absteigender Stichkanal. Der obere Rand des Kehldeckels und die aryepiglottische Falte zeigen von der linken Seite aus eine Kerbe. Mehrere Schlagadern, Carotis ext., Maxill. ext., verletzt. Die größeren Venen und Nerven unversehrt.

Durch die Stichverletzung des Kehlkopfes ist es zur Aspirationspneumonie gekommen. Bemerkenswert ist, daß die Schlagaderverletzungen nicht zur sofortigen Verblutung geführt haben. Die beiden Verletzungen des Kehlkopfeinganges lassen wohl nur die Deutung zu, daß im Augenblick des Stiches die Epiglottis heruntergeklappt war.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge erhält der Täter 2 Jahre und 6 Monate Gefängnis. (Dieser Fall wurde ausführlich von W. Schwarzacher in Dt. Zeitschr. f. ges. ger. Med. Bd. 15 Heft 3/4 S. 365 mitgeteilt).

Stichverletzungen des Brustkorbes:

Fall 7.

Der Schlosser S. B. hat nach vorausgegangenem Wirtshausbesuch im Streit den Arbeiter A. B. durch einen Stich mittels eines Taschenmessers in der Herzgegend verletzt, sodaß der Tod sofort eintrat.

Männliche Leiche 178 cm groß. In der Höhe der 4. Rippe links eine schlitzförmige Wunde, die an dem einen Rand eine deutliche kerbige Zackung aufweist. Dritte Rippe ein wenig angegriffen. Der Stichkanal greift auf das Herz über, durchsetzt die Vorderwand der rechten Kammer, durchschneidet den hinteren Papillarmuskel und dringt schräg in das Septum ein.

Stichverletzung des Herzens, die in kürzester Zeit durch Verblutung den Tod bewirkt hat.

Freispruch, da Notwehr vorgelegen hat.

Fall 8.

Nach gemeinsamem Wirtshausbesuch wurde des nachts der Arbeiter G. R. mit einem Taschenmesser von

dem Dachdecker G. E. in die linke Brustseite gestochen. Im Krankenhaus wurde eine Herznaht gemacht. Nach einigen Tagen trat durch Infektion der Tod ein.

Männliche Leiche 163 cm groß. An der linken Brustseite mehrere Operationswunden. Die linke innere Brustdrüsenschlagader im 3. Intercostalraum unterbunden. Dem Herzbeutel eitrige sulzige Massen aufgelagert. Herzbeutel durch Knopfnähte verschloßen. Rechte Herzkammerwand annähernd quer durchtrennt und durch Knopfnähte verschlossen. Lungen und Rippenfell von Faserstoffmassen bedeckt. Linker Lungenunterlappen teilweise luftleer und graurot verfärbt.

Eitrige Pleuritis, frische Pericarditis und eine Pneumonie haben den Eintritt des Todes nach vorausgegangener kunstgerechter Herznaht bewirkt. — Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 4 Monate Gefängnis.

Fall 9.

Der ledige Metzger T. R. wurde im Schlachthause seiner Mutter, wo er mit Wurstmachen beschäftigt war, mit einer Stichverletzung der linken Brustseite tot aufgefunden.

Männliche Leiche 164 cm groß. Einwärts der linken Brustseite eine quergestellte schlitzförmige Wunde. Der vordere Rand des linken Lungenoberlappens schlitzförmig durchtrennt. Der Herzbeutel im vorderen Anteil schlitzförmig eröffnet und ebenso noch in geringem Grade die rückwärtige Herzbeutelwand.

Herzbeutel enthält 400 ccm Blut. Vordere Herzkammerwand schlitzförmig quer durchstochen. Kammerscheidewand und Rückseite der linken Kammerwand noch ganz durchtrennt.

Der Stichkanal führt vom 3. Intercostalraum links oben außen schräg nach unten innen, durchbohrt linke Lunge, Pericard und beide Herzkammern. Innere Verblutung, sog. Herzbeuteltamponade, sind die Folgen der Stichverletzung gewesen.

Es ergab sich die Frage, ob Mord von Seiten sei-

ner Braut oder deren Bruder oder Selbstmord vorliegt. Gegen Selbstmord spricht, daß die Kleider in allen ihren Schichten durchstochen, die Hände des Getöteten ohne Blutbefleckung waren und daß seine Geliebte ihm das Metzgermesser aus der Brust gezogen haben will. Dem Sitz der Wunde nach kann beides vorliegen. Das Verfahren wurde, mangels ausreichender Beweise gegen die beiden Angeschuldigten, eingestellt.

Fall 10.

Nach gemeinsamen Wirtshausbesuch wurde der ledige Fuhrmann A. H. des nachts im Walde von dem Schneider A. S., um dessen Tochter ein Streit ausgebrochen war, mittels eines Taschenmessers in der linken Brust schwer verletzt. Der Tod trat auf der Stelle ein.

Männliche Leiche 173 cm groß. Unterhalb der linken Brustwarze zwischen der 5. und 6. Rippe eine schlitzförmige Wunde. Der linke Rippenfellraum enthält 2 Liter Blut. Der Herzbeutel mit geronnenem Blut gefüllt, zeigt an der Grundfläche eine schlitzförmige Durchtrennung. Rechte Herzkammer vorne und hinten durchstochen. Die obere Fläche des linken Leberlappens schlitzförmig durchtrennt, Lungen unverletzt.

Das Messer ist in Richtung von oben außen nach unten innen zwischen 5. und 6. Rippe durch die rechte Herzkammer, Zwerchfell, bis in die Leber eingestoßen worden. Der Tod erfolgte in kurzer Zeit durch Verblutung und Herzbeuteltamponade.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge erhält der Täter 8 Monate Gefängnis.

Fall 11.

Der Kaufmann E. B. hat des nachts in seinem Zimmer seiner Geliebten I. H. mehrere Stich- und Schnittverletzungen im Bereiche des Halses, Bauches und der Brust mit einem Dolche beigebracht. Sich selbst hat der Täter mehrere Stichverletzungen in selbstmörderischer Absicht beizubringen versucht. Der Tod der H. trat auf dem Trans-

port nach dem Krankenhaus, nach etwa einer halben bis einer Stunde, ein.

Weibliche Leiche 155 cm groß. An der linken Brustseite insgesamt 6 annähernd quergestellte, schlitzförmige Durchtrennungen der Haut. Zwei davon dringen in die Tiefe. Ueber dem linken Schlüsselbein eine bogenförmige in die Tiefe gehende Wunde. An der linken Bauchseite eine oberflächliche Verletzung und zwei ebensolche am linken Oberarm. Ferner Hautkratzer als Abwehrverletzung an verschiedenen Körperstellen. Linke Halsschlagader und Schlüsselbeinschlagader durchtrennt. Herzbeutel mehrfach verletzt. Die eine Herzstichverletzung hat nur 2 keilförmige Einschnitte an der linken Herzkante gesetzt. Die andere dringt in beide Herzkammern ein und durchtrennt dabei die Kammerscheidewand. Zwerchfell schlitzförmig durchtrennt und Magenwand oberflächlich angeritzt.

Die beiden Stichverletzungen des Herzens und die in der Gegend des linken Schlüsselbeins haben in kürzester Zeit durch Verblutung den Tod bewirkt.

Es ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß es sich um einen sadistischen Angriff gehandelt haben kann. E. B. erhielt wegen Totschlags $2\,^1/_2$ Jahre Zuchthaus.

Fall 12.

Der Korbmacher M. P. hat des nachts, in angetrunkenem Zustand dem Polizeiwachtmeister F. W. nach kurzem Wortwechsel mit seinem Korbmachermesser an der linken oberen Brustseite einen Stich versetzt, an dessen Folgen W. nach 3 Tagen gestorben ist.

Männliche Leiche 175 cm groß. Im 2. linken Intercostalraum eine senkrecht gestellte schlitzförmige Wunde. In diesem Bereich die Zwischenrippenschlagader durchtrennt. Herzbeutel oberhalb der Lungenschlagadereinmündung durchstochen. Herz selbst unverletzt. Linke Lungenoberfläche, innere Brustkorbwandung und linker Teil des Herzbeutels mit Faserstoffmassen bedeckt. Im linken Pleuraraum ein Liter Blut.

Der Stichkanal geht von oben außen durch den 2. Intercostalraum schräg nach innen unten gegen den Herzbeutel und hat diesen eröffnet. Die Zwischenrippenarterie war in ihrem Endstück verletzt. Der Herzbeutel war der Ausgang einer langsamen Verblutung, zu der noch eine Infektion hinzugekommen ist.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 5 Jahre und 10 Tage Gefängnis.

Fall 13.

Der Händler K. K. wurde nach vorausgegangenem Streit im Hofe seines Anwesens von dem Händler V. R. mit einem Taschenmesser in der linken Brustseite schwer verletzt. Er ist auf dem Transport nach dem Krankenhaus gestorben.

Männliche Leiche 165 cm groß. In der linken Brustseite in der vorderen Achsellinie eine schlitzförmige Wunde im 2. Intercostalraum. Im linken Brustfellsack 1,7 Liter Blut. Der linke Lungenoberlappen weist eine schlitzförmige Durchtrennung auf. Dabei ist ein Ast der großen Lungenschlagader durchtrennt.

Durch Einstich in die linke Brustseite, in Höhe des 2. Intercostalraumes, wurde ein Hauptast der linken Lungenschlagader getroffen, wodurch Verblutung in die linke Brusthöhle erfolgte. Die Führung des stechenden Werkzeuges muß nahezu von links seitlich wagerecht erfolgt sein.

Freispruch, da Notwehr vorlag!

Fall 14.

Der Pferdeführer E. E. hat auf der Landstraße nach einem Wortwechsel mit dem Kraftwagenführer E. M. diesem einen Stich mit einem Taschenmesser in die linke Brustwand versetzt. M. starb in der chirurg. Klinik am übernächsten Tag an den Folgen der Stichverletzungen.

Männliche Leiche 175 cm groß. Im Bereiche der Axillarlinie in Höhe des 11. Intercostalraumes die operativ verlängerte Stichverletzung. Linke Lunge in ihrem unteren Rande und ebenso das linke Zwerchfell durch-

trennt. Milz in ihrem oberen Rande, Nierenkapsel nebst Niere scharfrandig angestochen. Linke Lunge vollkommen kollabiert. Vorfall von Milz, Magen und Dickdarm in den linken Brustfellraum.

Die Stichverletzung der linken seitlichen Brustwand erfolgte mit großer Wucht von seitlich oben nach unten innen im Moment als der Arm vom Körper abgehoben war. Zwerchfell, Milz und linke Niere wurden dabei noch getroffen.

Freispruch, da Notwehr vorgelegen hat.

Fall 15.

Infolge eines Familienstreites versetzte der Tagelöhner K. F. seinem Schwiegersohn, dem Arbeiter P. W., einen Stich in die rechte Brustseite mit einem Schusterkneip. W. starb auf dem Transport nach dem Krankenhause.

Männliche Leiche 160 cm groß. Einwärts von der rechten Brustwarzenlinie im Bereich des zweiten Intercostalraumes eine schlitzförmige Wunde. In der rechten Brusthöhle 1,5 Liter Blut. Rechter Lungenoberlappen und rechter Hauptast der Lungenschlagader durchtrennt. In der linken Achselhöhle 2 Stichverletzungen ohne Beschädigung großer Gefäße. Kratzer am linken Oberarm und rechten Hand.

Die Stichverletzung des rechten Brustkorbes dringt tief in die rechte Lunge ein und hat den Hauptast der Lungenschlagader getroffen. W. ist an den Folgen einer Verblutung nach innen und außen gestorben.

Wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit Todesfolge 3 Jahre Gefängnis.

Fall 16.

Im Anschluß an einen Wortstreit hat der Schreiner K. K. den Tüncher H. S. mittels eines Dolches durch einen Stich in die linke Brustwand schwer verletzt. Der Verletzte verfolgte den Täter noch etwa 130 m bevor er zusammenbrach.

Männliche Leiche 170 cm lang. In der linken vor-

deren Axillarlinie in Höhe der 7. Rippe eine schlitzförmige Wunde. Lungen unversehrt. Linke Zwerchfellkuppe verletzt. Magen 2 fach durchstochen. Die Bauchschlagader in Höhe des 1. Lendenwirbels schlitzförmig getroffen.

Der Stichkanal geht von links außen nach mitte unten, gegen den ersten Lendenwirbel zu. Dabei wurde Magen und Bauchschlagader eröffnet. Todesursache war starke Verblutung aus Bauchschlagader.

Freispruch von erschwerter Körperverletzung.

RM. 100.— Geldstrafe wegen Waffenmißbrauch.

Fall 17.

In angetrunkenem Zustand wurde der Tagelöhner J. F. durch 2 Stiche mittels eines Seitengewehrs von seinem Nachbar, dem Tagelöhner J. K., an der linken Brustseite schwer verletzt. Am 4. Krankheitstage ist er in der chirurg. Klinik gestorben.

Männliche Leiche 170 cm groß. Zwei oberflächliche Stichverletzungen der linken Brustkorbwand. Weiter eine schlitzförmige Wunde in der mittleren Axillarlinie in Höhe des 6. linken Intercostalraumes. Es handelt sich um eine Verlängerung der Stichverletzung, aus der nach Angabe des behandelnden Arztes ein Netzzipfel vorgefallen war. Das Zwerchfell schlitzförmig durchtrennt, aber durch Knopfnähte verschlossen. Linke untere Brustwandgegend mit schmierigen Massen belegt. In der Bauchhöhle flockige Faserstoffmassen. Das Bauchfell schmutzig graurot belegt.

Die tiefgehende Stichverletzung der linken Brustseite ging durch das Zwerchfell, hat jedoch Bauchorgane nicht verletzt. Von hieraus ist es zu einer tödlichen Infektion im Bereich des Bauches und der Brusthöhle gekommen.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 8 Monate Gefängnis.

Fall 18.

Der Tagelöhner J. J. wurde abends in seiner Wohnung von dem angetrunkenen Untermieter und Hafenarbeiter E. Z. mit einem Taschenmesser in der linken Brust-

seite verletzt. Nach 18 Krankheitstagen starb J. J. im Alter von 68 Jahren.

Männliche Leiche 175 cm groß. In der mittleren Achsellinie etwas unterhalb der Brustwarze eine blasse Narbe, ursprüngliche Verletzungsstelle. Hirnhäute an den Polen und besonders am Hirngrund dick mit Eiter belegt. Oberflächen der Lungen glatt, auf dem Schnitte erhabene, hellgraue, teilweise erweichte Stellen zu finden.

Stichverletzung ging nur bis ins Unterhautzellgewebe ohne die Brusthöhle zu eröffnen. Herdförmige Bronchopneumonie, die durch Verschleppung der Krankheitserreger zu einer eitrigen Meningitis geführt hat. Die Bettruhe des alten Mannes hat sich hinsichtlich der Entstehung einer Pneumonie verhängnisvoll ausgewirkt.

Wegen erschwerter Körperverletzung erhält E. Z. 4 Monate Gefängnis.

In den beiden nun folgenden Fällen war es mir nicht möglich alle erforderlichen Unterlagen zu verschaffen, sodaß ich mich teilweise mit Notizen begnügen mußte.

Fall 19.

Obduktionsergebnis: Männliche Leiche 182 cm groß. Im Bereich des Kopfes, an der linken Schläfe, an dem linken äußeren und rechten äußeren Augenwinkel mehrere scharfrandige Oberhautverletzungen. Ebensolche auf der rechten Schulter, rechten Oberarm, linken Handgelenk und rechten Schulterblatt. An der rechten Brustseite, unterhalb Schlüsselbeinmitte, eine tiefergehende Verletzung. Schlüsselbeinblutader in der Tiefe der Verletzung weit eröffnet. Im rechten Herzen reichlich schaumiges Blut. Starker Alkoholgeruch des Mageninhalts.

Aerztliche Begutachtung: Zahlreiche Stichverletzungen an Kopf, Brust, Armen, Schulter und Rücken. Die Verletzung unterhalb des rechten Schlüsselbeins hat durch Eröffnung einer großen Blutader zur Verblutung geführt.

Andererseits dürfte als konkurrierende Todesursache

die Luftembolie von ausschlagender Bedeutung gewesen sein.

Fall 20.

Obduktionsnotiz: Getöteter M. E. Herzstichverletzung und oberflächlicher Stich in die linke Hüfte.

Stichverletzungen des Bauches.

Fall 21.

Infolge Familienstreits hat der Mauerer K. E. seinen 20 jährigen Pflegesohn, den Schreiner E. W., mit einem Taschenmesser in der rechten Oberbauchgegend verletzt. Am 5. Krankheitstage starb W. in einem Krankenhaus.

Männliche Leiche 177 cm groß. Im rechten Oberbauch Operationsschnittwunde. Magen an seiner Vorderwand übernäht. Leber und Milz unverletzt. Dem Bauchfell haften schmutzig gelbe Eitermassen an. Das kleine Netz in Nähe des unteren Magenrandes übernäht. Im linken Lungenfellraum eiterdurchsetzte Faserstoffmassen.

Die Stichverletzung hat die Bauchhöhle und den Magen eröffnet. Dadurch kam es zu einer schweren eitrigen Peritonitis und zu einer fortgeleiteten Pleuritis der linken Seite.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 1 Jahr Gef.

Fall 22.

Nach gemeinsamen Wirtshausbesuch hat der als chronischer Säufer bekannte Arbeiter P. H. dem Fuhrmann G. W. im Anschluß an einen Wortwechsel, mit seinem Taschenmesser einen Stich in die linke Bauchseite versetzt. W. ist am 4. Krankheitstage verstorben.

Männliche Leiche 178 cm groß. In der linken Oberbauchgegend die operativ verlängerte Einstichöffnung. Das Netz ist zwischen Magen und Querdarm zum Teil abgesetzt. Die große Magenkurvatur ist operativ behandelt. Geringe Beläge am Bauchfell. Im Dünndarm reichlich blutige Massen.

Der Stichkanal führt von der linken Oberbauchgegend schräg nach der Mitte und unten. Dabei wurde

die Magenwand verletzt. Geringgradige Bauchfellentzündung. Die blutigen Massen im Dünndarm sprechen für profuse Blutungen aus den Magenwänden wie sie sich nach Traumen des Magens öfters finden. Offenbar war auch eine Stillegung der Darmtätigkeit dabei beteiligt.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 2 Jahre Gefängnis.

Stichwunden des Rückens.

Fall 23.

Anläßlich eines Auftrags, den der Metzgergehilfe K. E. dem 15 jährigen Metzgerlehrling F. N. erteilte, flog dem letzteren ein 28 cm langes Metzgermesser in Höhe der linken Nierengegend in den Rücken und blieb stecken. N. verstarb nach 8 Krankheitstagen.

Männliche Leiche 155 cm groß. In der linken Nierengegend eine schlitzförmige in querer Richtung von links nach rechts in die Tiefe gehende Wunde. Sie zieht seitlich in Höhe der 1. und 2. Lendenwirbelquerfortsätze gegen die Wirbelsäule. An der mazierierten Lendenwirbelsäule läßt sich die Fortsetzung des Stichkanals zwischen den Querfortsätzen des 1. u. 2. Lendenwirbels, wobei die Gelenkfortsätze beider Wirbel links und rechts glatt durchschnitten wurden, feststellen. Ferner noch deutliche Einkerbungen des 1. Lendenwirbels, Spuren, die beim Herausziehen des Messers entstanden sein müssen. Hirnhäute stark mit Blut gefüllt und im Bereiche der Furchen getrübt. An der Unterseite des Gehirns dicker rahmiger Eiter, ebenso am Schädelgrund.

Das dolchartige Metzgermesser hat von links her tangential in etwas abfallender Richtung die Rückenmuskulatur quer durchtrennt, die Gelenkfortsätze des 1. und 2. Lendenwirbels durchschnitten und dabei die Rückenmarkshäute eröffnet. Von hier aus ist es zur aufsteigenden Infektion gekommen. Das Messer, das mit der Schneide nach vorne lag, muß also hinter dem Rückenmark, dessen Häute noch schlitzend, quer durch die ganze

Wirbelsäule hindurchgegangen sein. Das Messer war dem E. nicht „ausgerutscht", sondern muß nach Art eines Sperrwurfs gegen das „Ziel" geworfen worden sein, da es, wie sich aus Wurfversuchen am Tatort und noch im Gerichtssaal ergab, infolge seines Schwerpunktes sonst stets mit dem Griff vorausfliegt.

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge 1 Jahr Gefängnis. (Dieser Fall wurde von W. Schwarzacher in der Zeitschrift für ges. ger. Med. Bd. 24 S. 387 ausführlich mitgeteilt).

Vielfache Stichverletzungen an verschiedenen Körperstellen.

Fall 24.

Aktenergebnis: In selbstmörderischer Absicht hat sich der Arbeiter J. W. nach vorausgegangenem Familienstreit mehrere Schnittwunden am Halse, mehrere Stichverletzungen an Brust und Bauch mit einem Taschenmesser beigebracht. Er verstarb nach einigen Stunden.

Obduktionsergebnis: Männliche Leiche 162 cm groß. In der vorderen mittleren Halsgegend meist parallel verlaufende Schnittverletzungen, die oberflächlich sind. In der Gegend des linken 3. Intercostalraumes, nahe der Mittellinie, eine schlitzförmige Durchtrennung mit Eröffnung der inneren Brustdrüsenschlagader. Im rechten 4. Intercostalraum eine in die Tiefe gehende Wunde mit Durchstechung des darunterliegenden Lungenlappens. Im linken Brustfellraum 1,5 Liter Blut. Im Bereiche des Bauches 3 Verletzungen: Eine oberflächliche am linken Rippenbogen, eine 2., die die linke Unterbauchwand und eine 3., die oberhalb des Nabels die Bauchdecken schräg absteigend durchsetzt. Vordere Magenwand wurde dabei eröffnet.

Befund: Vier parallele Schnittverletzungen am Halse. Zwei Stichverletzungen des Brustkorbes. Dabei kam es durch Verletzung der linken inneren Brustdrüsenschlagader zur Verblutung. Ferner 3 Bauchstichverletzungen, von denen eine den Magen eröffnet hat.

Wenn man nun auf diese mitgeteilten Fälle zurückblickt, so sieht man, daß die Verletzungen im Bereiche des Brustkorbes eine ungleich größere Zahl einnehmen, als in den anderen Körperabschnitten. Dieses zahlenmäßige Herausfallen der Bruststichverletzungen kann man wohl darauf zurückführen, daß der Täter selten seinen Arm über Schulterhöhe erhebt und ebenso selten bei hängendem Arme zum Stiche ansetzt. Daher landen zwangsläufig die meisten Stiche im Bereiche des Brustkorbes. Hinzu kommt noch, daß das Herz häufig auch das Ziel des Angreifers ist. Hierzu einige Beispiele. Es kann, wenn der Angegriffene im Verhältnis zum Angreifer von kleinem Körpermaß ist, die Einstichöffnung dann auffallend hohe Lage aufweisen. Dies ist in Fall 2 und 6 offenkundig, wo die Körpergröße nur 156 und 159 cm betrug. In dem einen Falle landete das Messer in der Schläfen- und im anderen Falle in der Kehlkopfgegend. Andererseits kann, wenn der Angegriffene von überdurchschnittlicher Größe ist, die Einstichöffnung auffallend tief sitzen, z. B. im Bereiche des Bauches. Voraussetzung ist natürlich, daß es sich bei dem Täter um durchschnittliche Körpergröße handelt. Auch hierfür würden die beiden Bauchstichverletzungen (Fall 21 und 22) sprechen. Die Körpergröße der beiden Getöteten betrug 178 und 177 cm. Von überraschender Eindeutigkeit ist ferner die Tatsache, daß die Stichverletzungen ganz überwiegend in der linken Körperhälfte lokalisiert sind. Die Ursache hierfür dürfte nicht schwer zu eruieren sein und seinen Grund darin haben, daß sich die beiden Gegner fast stets gegenüber stehen und meist Rechtshänder sind. Auch beim Selbstmörder liegen die Stiche durchwegs im Bereiche der linken Körperseite. Daß in Fall 3 die Stichverletzungen die rechte

Körperhälfte betreffen, stellt keine sonderliche Ausnahme dar, denn der Täter war Linkshänder.

Auch der Richtungsverlauf des Stichkanals ergibt ein ziemlich einheitliches Bild. Der Verlauf von links oben nach rechts unten ist zahlenmäßig dominierend. Der Täter führt gewöhnlich das Messer mit der Spitze nach unten und mit der Schneide gegen seinen Gegner. In nur 2 Fällen hatte der Stichkanal eine horizontale Verlaufsrichtung. (Fall 2 und 20). Ja in seltenen Fällen kann der Stichkanal auch mal von unten schräg nach oben verlaufen. So in Fall 1, wo eine Mistgabel als Stichwerkzeug diente. Dabei war die eine Mistgabelzinke, ohne das Auge selbst zu verletzen, bis weit in die Schädelhöhle und Gehirn vorgedrungen. Die äußere Hautwunde schien trotz dieser schweren Verletzung auffallend geringfügig.

Die Länge des Stichkanals ist Schwankungen unterworfen, je nachdem das Werkzeug mit großer oder geringer Wucht gegen den Gegner geführt wird. So kam es in Fall 18 nur zur Durchtrennung der Haut und noch nicht einmal zur Eröffnung der Brusthöhle. Dagegen wurde in 4 anderen Fällen einer Bruststichverletzung sogar die Bauchhöhle miteröffnet. In Fall 17 wurde nur das Zwerchfell, in Fall 10 das Zwerchfell und die Leber, in Fall 16 die Aorta abdominalis, in Fall 15 Zwerchfell, Milz und Niere verletzt. Solche schweren Verletzungen innerhalb des Bauchraumes, ausgehend von einer Stichverletzung des Brustkorbes, sind nur möglich, wenn einerseits das verletzende Werkzeug von ansehnlicher Größe war, andererseits das Instrument mit Kraft geführt wurde. Unter solchen Bedingungen können die Stichkanäle an der Leiche länger sein, als die Messerklinge des Werkzeuges. Auch für Brustkorbstichverletzungen trifft dies zu, wenn der Brustkorb noch sehr elastisch ist (Merkel). Mit großer Kraft geführt, können stechende Werkzeuge Knochen, wie Wirbel, Brustbein und Schädel, durchdringen. So in Fall 2, wo die Schädelstichverletzung zur Penetration des Os temporale geführt hat.

Zahlenmäßig zur Anschauung gebracht, ergibt sich folgendes Bild:

24 Fälle	Stichverletzungen	Lokalisation im Körper: Linke Seite:	Rechte Seite:
Schädel	2	2	—
Hals	4	2	2
Brust	14	12	2
Bauch	2	1	1
Rücken	1	—	—
Mehrere Körper-Abschnitte betr.	1	viele	wenige

In der Tabelle sind die Nebenstichverletzungen, die teilweise dem wirksamen tödlichen Stich vorausfolgen, teilweise als Abwehrverletzungen zu deuten sind, unberücksichtigt geblieben.

Was nun die Frage der Beibringung der tödlichen Stichverletzungen angeht, so werden sie begreiflicherweise überwiegend durch dritte Hand gesetzt, in verschwindend geringen Ausnahmen auch durch eigene Hand. In Fall 24 hat der Selbstmörder zunächst durch „Halsabschneiden", was für gewöhnlich häufiger ist und vorgezogen wird, versucht, sich das Leben zu nehmen, ehe er sich den tödlichen Stich beibrachte. Es handelt sich meist um vorsätzliche Delikte mit dem Tatbestand der schweren Körperverletzung. Mord und Totschlag sind selten. In ebenso seltenen Fällen kann auch einmal ein Unglücksfall eine tödliche Stichverletzung verursachen. (Fall 4, Autounfall). Bei den Stichverletzungen durch fremde Hand ergibt sich in strafrechtlicher Hinsicht folgendes Bild:

Körperverletzung mit Todesfolge	10
Fahrlässige Tötung	1
Totschlag	2
Mord	—
Freispruch	5

In zwei weiteren Fällen war mangels Unterlage ein Auszug aus dem Strafregister nicht zu erhalten. In Fall 9 mußte das Verfahren eingestellt werden, da keine ausreichenden Beweise für eine Beibringung durch dritte Hand gegeben waren. Der Fall muß offen bleiben. In Fall 5 hat sich der Täter im Gefängnis einer gerechten Strafe durch Erhängen entzogen.

Mit der Frage der Beibringung der tötlichen Stichverletzung ist auch die des stechenden Werkzeuges eng verknüpft. In ganz überwiegender Mehrzahl wurde als stechendes Instrument das Taschenmesser benutzt. Es ist eben das Instrument des Raufhandels. In großem Abstand folgen dann die anderen Werkzeuge. Die Verteilung der Instrumente auf die tödlichen Stichverletzungen ergibt folgendes Bild: 12 Taschenmesser, 2 Metzgermesser, 2 Dolche, je ein Bajonett, Schusterkneip, Schraubenzieher, Korbmachermesser und Mistgabel. In 2 Fällen blieb das stechende Werkzeug unerkannt. Den Umständen nach war daraus zu schließen, daß es sich auch um Messer gehandelt hat.

Als ursächliches Moment der Stichverletzungen kann in der Mehrzahl der Fälle eine Beziehung zu übermäßigem Alkoholgenuß nachgewiesen werden. In 11 Fällen handelt es sich um Alkoholraufhändel. Drei weiteren Fällen liegen Familienstreitigkeiten und 5 weiteren Fällen Gelegenheitswortstreit als Ursache zu Grunde.

Wenn man noch auf die Person des Täters und des Getöteten eingehen will, so läßt sich die Feststellung machen, daß mit einer einzigen Ausnahme (Fall 11), Frauen so gut wie nie direkt an den Stechereien beteiligt sind. Soviel sei auch hier erwähnt, daß der Beruf der Beteiligten immerhin eine große Rolle zu spielen scheint. Personen die gewohnt sind, täglich mit spitzen oder scharfen Instrumenten umzugehen, wie Schneider, Metzger und Schuster, findet man immer wieder unter den Beteiligten.

Nun wäre noch die Todesursache der Stichverletzungen als eine interessante und wichtige Frage zu besprechen. War der Tod kurze Zeit nach der Stichverlet-

zung erfolgt, so muß man zunächst an 2 Todesursachen denken, an Verblutungstod und Luftembolie. (Reuter).

Bei den Schädelstichen kommen verschiedene Möglichkeiten, die den Tod des Individuums bedingen können, in Frage. Bei großer Gewalt der Verletzung kann Verblutung nach innen und schließlich Infektion den tödlichen Ausgang bewirken. Letzteres gilt auch für Stichverletzungen im Bereiche des Rückenmarks. Die beiden Schädelstichverletzungen, Fall 1 und 2, nahmen infolge Infektion einen tödlichen Ausgang. Durch Halsstichverletzungen werden im besonderen Maße die großen Halsgefäße, Kehlkopf und Luftröhre gefährdet. Verblutung und Aspirationspneumonie sind in diesem Bereiche die häufigste Todesursache.

Bei den Brststichverletzungen droht den großen Gefäßen Aorta, Pulmonalis, Mammaria und besonders dem Herzen Gefahr. Die Herzstichverletzungen können durch Verblutung oder durch Herzbeuteltamponade, schließlich auch durch Infektion dem Leben ein Ende bereiten.

Bei den Bauchstichverletzungen besteht die Gefahr einer tödlichen Peritonitis oder, bei Verletzung parenchymreicher Organe, die der Verblutung. Eine tabellarische Zusammenstellung der Todesursache der Stichverletzungen ergibt folgendes Bild:

Todesursache	Schädel	Hals	Brust	Bauch	Rücken	Mehrere Reg. bet.	Sum.
Verblutung		2	6			1	9
Luftembolie			1				1
Infektion	2	1	3	2	1		9
Herzb.Tamp.			2				2
Asp. Pneum.		1					1
Unbekannt			1				1

In Fall 18 war der Tod des Patienten nicht direkt durch die Stichverletzung bedingt, es lag nur eine Durchtrennung der Haut des Brustkorbes vor, sondern durch eine, infolge des langen Krankenlagers des alten Mannes bedingte Pneumonie.

Wie aus der Tabelle klar hervorgeht, ist häufigste direkte Todesursache die Verblutung und häufigste sekundäre Todesursache die Infektion. In einigen wenigen Fällen hat es sich um eine konkurrierende Todesursache gehandelt. So kam bei der Luftembolie noch eine starke Verblutung aus der V. subclavia und bei der Herzbeuteltamponade noch eine starke Verblutung in den Pleuraraum hinzu.

Als eine interessante Frage wäre nun noch die des Eintritts des Todes und die der Handlungsfähigkeit des Verletzten zu besprechen. Akten und Protokolle lassen mit sicheren Angaben hier meist im Stiche, sodaß man sich mit Schätzungen oder Vermutungen begnügen muß. Uns interessieren hier nur direkte tödliche Stichverletzungen, solche mit infektiösen Komplikationen und sekundärem Tod können vernachlässigt werden.

Daß es in einigen Fällen von Verblutung, sei es von Seiten des Herzens oder des Gefäßsystems zu sofortigem Tod gekommen ist, in anderen Fällen wieder ein kurzes Ueberleben möglich war, hängt in besonderem Maße von der Lokalisation des Stiches und von der Art des verletzenden Instrumentes ab.

Nur in wenigen Fällen geben uns die Akten Anhaltspunkte für das Verhalten des Verletzten unmittelbar nach der Tat. So war es in Fall 3 möglich, daß der Verletzte noch nach Durchtrennung der Halsschlagader mit einem Schraubenzieher, wobei das Blut in hohem Bogen, entsprechend den einzelnen Herzstößen als Spritzspur an der Kellertür zu sehen war, sich eine 32stufige Kellertreppe heraufschleppte und dann im Hofe bewußtlos zusammenbrach.

In Fall 16 konnte der Verletzte dem Täter noch etwa 130 m nachspringen trotz seiner sehr schweren Verletzung. Er hatte mit einem Dolche einen Bruststich erhalten, der Zwerchfell, Magen und schließlich die Bauchschlagader penetrierend getroffen hatte.

Ferner soll noch Fall 8 gedacht werden. Hier wurde dem Angegriffenen mit einem Taschenmesser Herzbeutel

und rechte Kammerwand quer durchtrennt. Der Verletzte wurde sofort in ein Krankenhaus verbracht und dort eine Herznaht gemacht. Jedoch ist der Erfolg der Operation nach einigen Tagen durch eine Infektion zunichte gemacht worden.

In diesem Zusammenhang kann noch Fall 22 erwähnt werden, wo sich der Selbstmörder nach mehreren Schnittverletzungen am Halse, von seiner Mansardenwohnung in den Keller begab, dann hier erst durch Verbluten aus der a. mammaria infolge einer Stichverletzung den Tod fand.

Wenn wir nun noch einmal zurückblicken auf die bei tödlichen Stichverletzungen gemachten Beobachtungen, so finden wir, daß das Taschenmesser unter den Stichwerkzeugen den Vorrang einnimmt und daß als Begleitumstand dem Alkohol besondere Bedeutung zukommt.

Ferner sieht man in der Lokalisation der Stichverletzungen die linke Körperseite bevorzugt, und was die Verlaufsrichtung der Stichkanäle angeht, ein Vorwiegen von links oben nach rechts unten. Als häufigste Todesursache der Stichverletzungen fand sich Verblutung und Infektion.

In strafrechtlicher Hinsicht ergab sich, daß die Delikte vorwiegend den Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung mit Todesfolge bilden.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, Herrn Prof. Schwarzacher für die freundliche Ueberlassung des Themas meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Bayerl: Zeitschr. f. g, ger. Med. 15. Bd. $^3/_4$ Heft 1930.
Haberda: Lehrb. der germ. Med. 11. Aufl. 1927 S. 304.
Kratter: Lehrb. d. germ. Med. I. Bd. 1921 S. 314; II. Bd. 1919 S. 174.
Kirchner: Diss. Bonn 1919 Beitrag z. Kasuistik d. Herzverb.
Konietzny: Diss. München 1930 Stichverletz. d. Gesichts- u. Gehirnschädels.
Merkel: Zeitschr. f. g. ger. Med. Bd. XII 1928 S. 137.
Reuter: Lehrb. d. ger. Med.
Stehle: Diss. München 1932, Stich- und Schußverl. d. Herzens.
Schwarzacher: Zeitschr. f. g. ger. Med. 24. Bd. 6. H. S. 387.
— Zeitschr. f. g. ger. Med. 15. Bd. $^3/_4$ H.

Lebenslauf.

Ich, Walter Becker wurde am 9. Januar 1909 in Fulda als Sohn des Kaufmanns Carl Becker geboren. Ich besuchte daselbst zunächst die Vorschule und anschliessend die Oberrealschule und bestand am 28. Februar 1929 meine Reifeprüfung. Im darauffolgenden Halbjahr arbeitete ich als Volontär bei der Commerz- und Privatbank A. G. in Fulda. Im Wintersemester 1929/30 begann ich dann mein Studium in Innsbruck. Die beiden folgenden Semester verbrachte ich in Frankfurt a. M. Anschliessend begab ich mich für ein Semester nach Würzburg. Sodann kehrte ich im folgenden Semester nach Frankfurt a. M. zurück und bestand da Ende dieses Winter-Semesters mein Physikum.

Das erste klinische Semester verbrachte ich in Freiburg i. B. und die beiden folgenden in Berlin. Hierauf bezog ich für 1 Semester die Universität München und anschließend die Universität Heidelberg, wo ich nach 2 semestrigem Studium mein Staatsexamen am 5. Juni 1935 bestand.